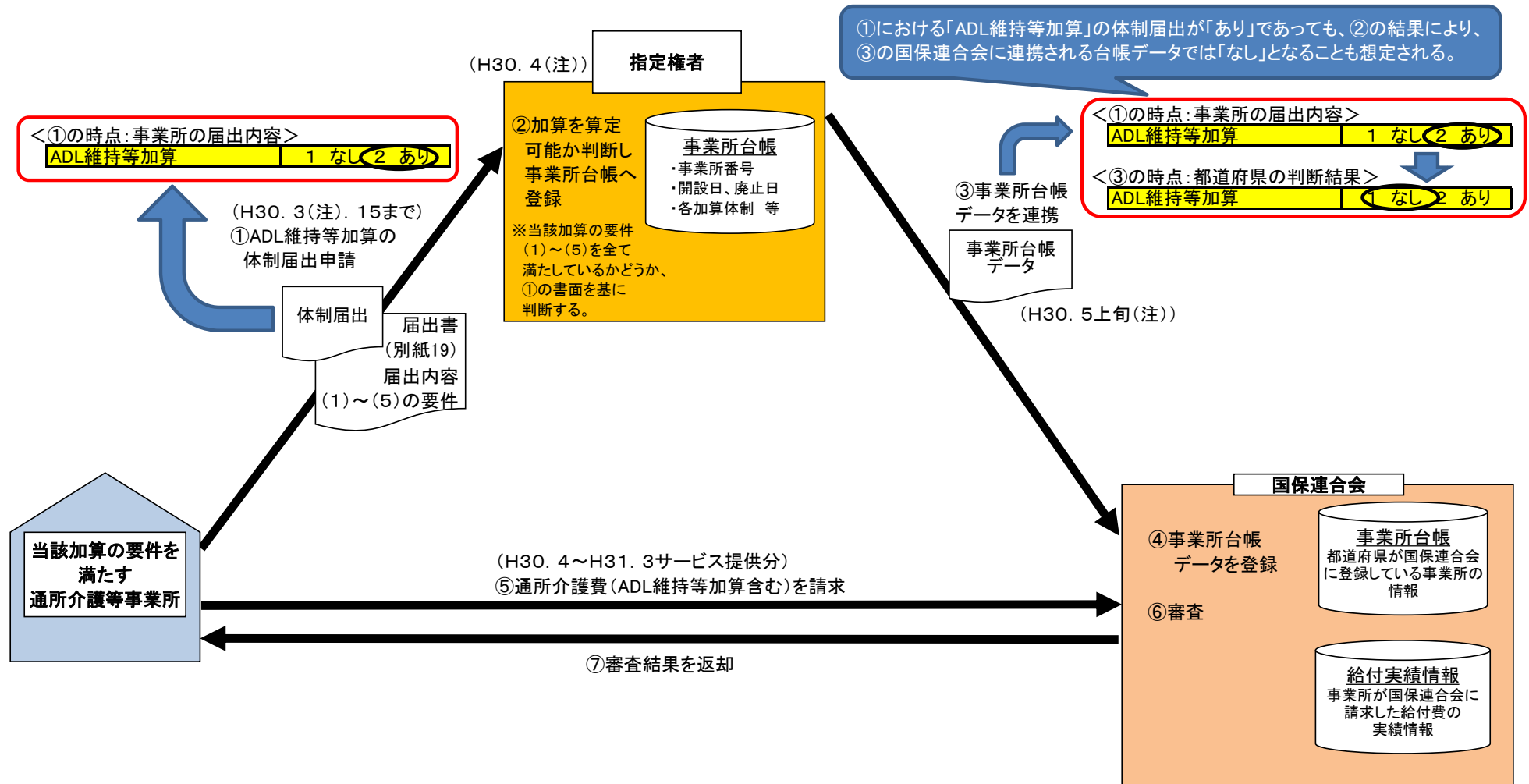


## ADL維持等加算の対象事業所の決定に関する事務フロー（平成30年度に算定する場合）

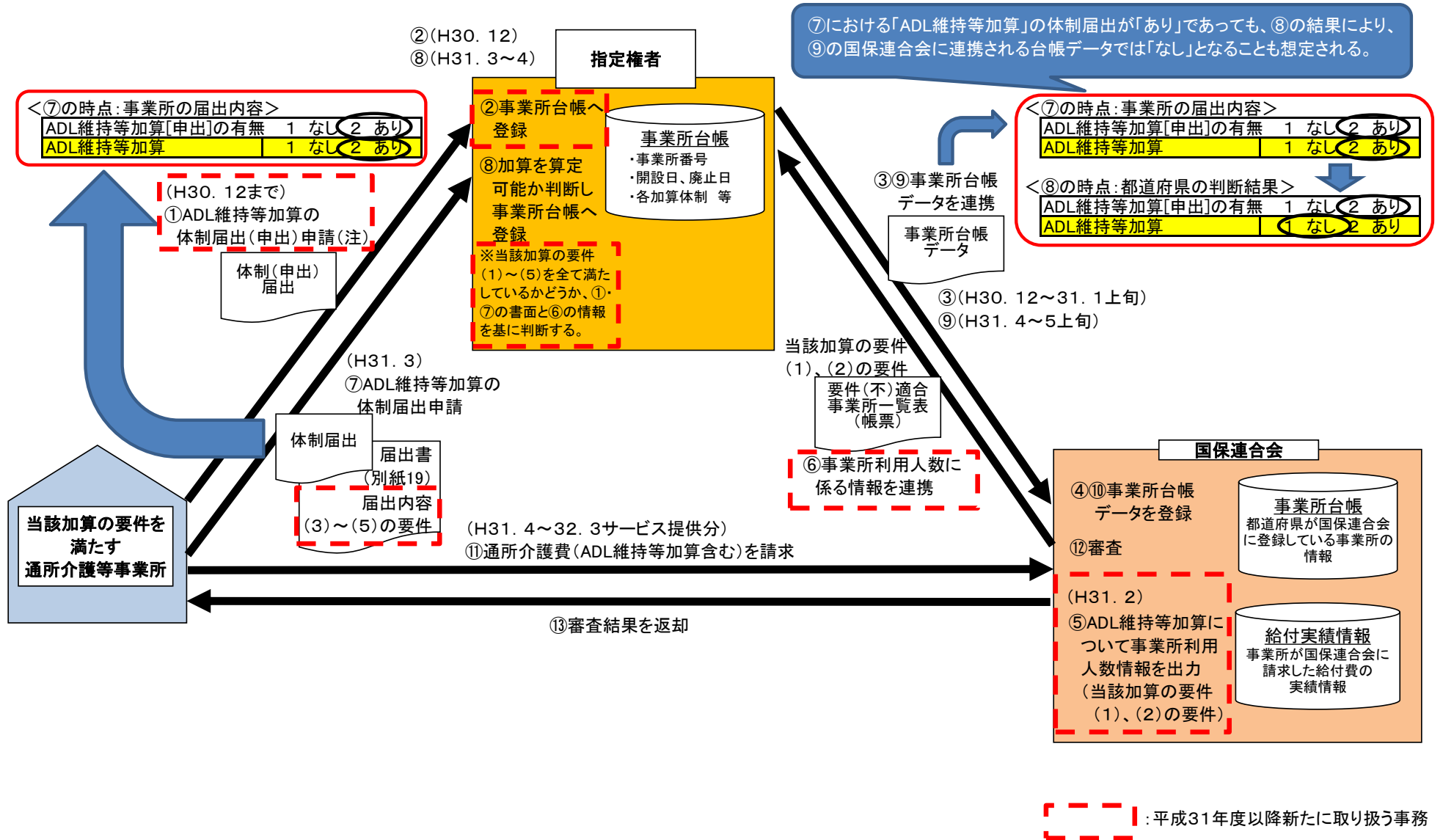


注 年度途中に算定の届出が発生した場合は、各事業所が算定しようとする月の前月（平成31年2月まで）

別紙2

ADL維持等加算の対象事業所の決定に関する事務フロー(平成31年度以降に算定する場合)

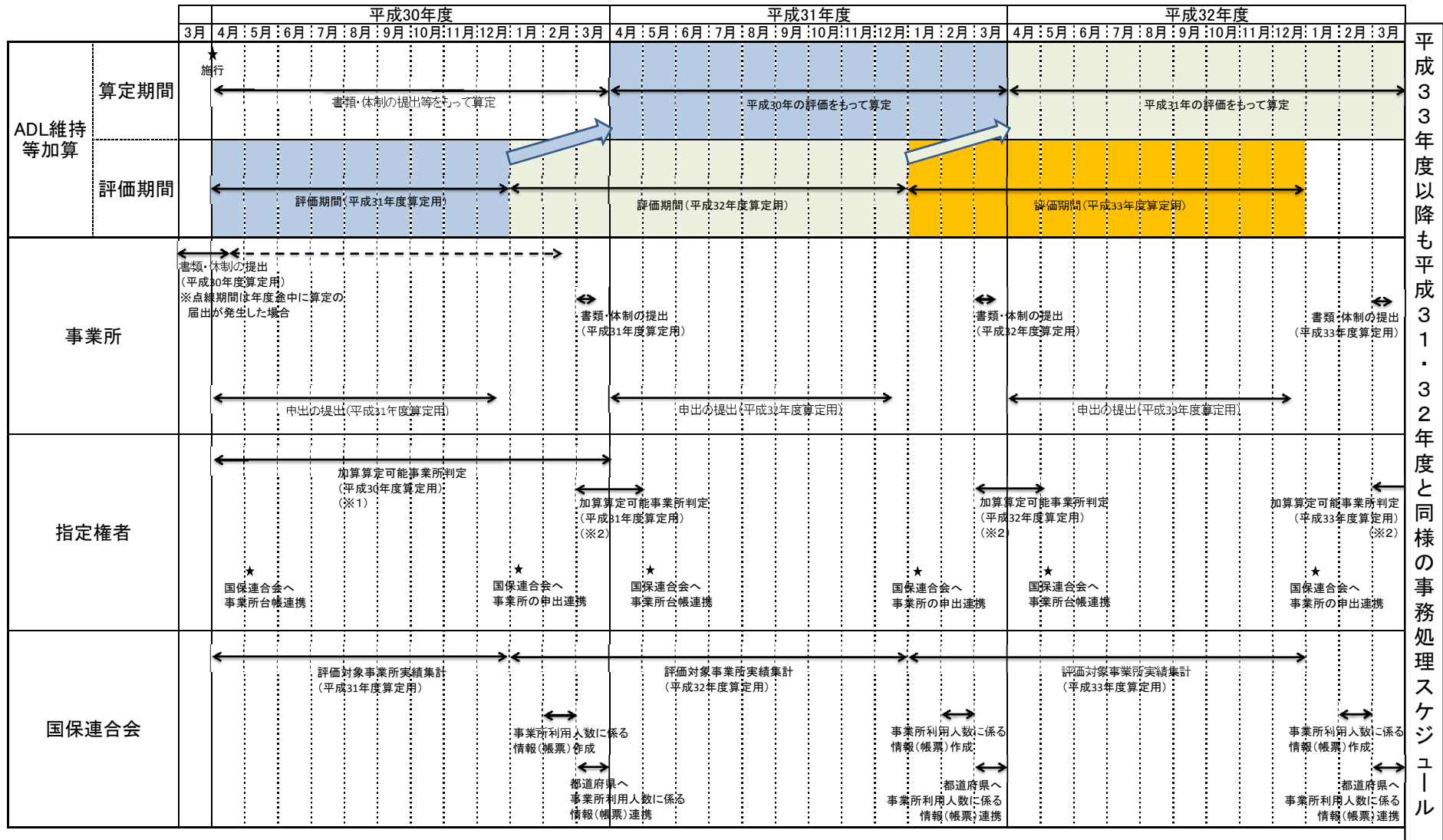
(平成31年度に算定する場合(平成32年度以降も同様))



注 届出を行った翌年度以降に再度算定を希望する場合にその旨の届出は不要であり、届出を行った翌年度以降に算定を希望しなくなった場合にはその旨の届出が必要となる。

別紙3

ADL維持等加算の事務スケジュール



※1 事業所が届け出た算定要件(1)～(5)を記載した書類と体制届出(ADL維持等加算が「あり」)により判断

※2 事業所が届け出た算定要件(3)～(5)を記載した書類と国保連合会が提供した(1)、(2)の事業所利用人数に係る情報(帳票)により判断

## 別紙 4

## ADL維持等加算算定要件適合事業所一覧表

以下に示す事業所について、平成○年度のADL維持等加算算定のための要件（※）に適合しましたので、お知らせします。

平成○年○月○日

○頁

〇〇県国民健康保険団体連合会

|             |       |
|-------------|-------|
| 都道府県（保険者）番号 | 99    |
| 都道府県（保険者）   | 〇〇〇〇県 |

| 事業所番号      | サービス事業所名 | サービス種類名 | ADL維持等加算（申出）の有無 | 評価対象者数（X） | 重度者総数（Y） | 重度者割合（Y/X）[%] |
|------------|----------|---------|-----------------|-----------|----------|---------------|
| 9999999991 | 〇〇事業所    | 通所介護    | あり              | 32        | 32       | 100           |
| 9999999992 | 〇〇事業所    | 通所介護    |                 | 75        | 69       | 92            |
|            |          |         |                 |           |          |               |
|            |          |         |                 |           |          |               |
|            |          |         |                 |           |          |               |
|            |          |         |                 |           |          |               |
|            |          |         |                 |           |          |               |
|            |          |         |                 |           |          |               |

※ 算定のための要件＝①評価対象者数が20人以上、②重度者割合(Y/X)が15%以上 の全てを満たしていること

- ・都道府県（保険者）番号…加算届出先の都道府県（保険者）番号
- ・都道府県（保険者）名…加算届出先の都道府県（保険者）名
- ・事業所番号…サービス提供事業所の指定介護（地域密着型）サービス事業所番号
- ・サービス事業所名…サービス提供事業所の名称
- ・サービス種類名…「通所介護」又は「地域密着型通所介護」
- ・ADL維持等加算（申出）の有無…「ADL維持等加算（申出）の有無」が「2:あり」の場合のみ「あり」と印字する
- ・評価対象者数(X)…評価対象期間（注1）に連続して6月以上利用した期間（注2）（評価対象利用期間）のある要介護者（注3）の数  
注1：加算を算定する年度の初日の属する年の前年の1月から12月までの期間。  
注2：複数ある場合には最初の月が最も早いもの。  
注3：評価対象利用期間中、5時間以上の通所介護費の算定回数が5時間未満の通所介護費の算定回数を上回るものに限る。
- ・重度者総数(Y)…評価対象者数(X)のうち、評価対象利用期間の最初の月（評価対象利用開始月）において、要介護度が3、4及び5である者の数
- ・重度者割合(Y/X) [%]…重度者総数(Y)÷評価対象者数(X)×100（小数点以下切り上げ）

別紙 5

ADL維持等加算算定要件不適合事業所一覧表

以下に示す事業所について、平成○年度のADL維持等加算算定のための要件（※）に適合しませんでしたので、お知らせします。

平成○年○月○日

○頁

〇〇県国民健康保険団体連合会

|             |       |
|-------------|-------|
| 都道府県（保険者）番号 | 99    |
| 都道府県（保険者）   | 〇〇〇〇県 |

| 事業所番号      | サービス事業所名 | サービス種類名 | ADL維持等加算（申出）の有無 | 評価対象者数（X） | 重度者総数（Y） | 重度者割合（Y/X）[%] |
|------------|----------|---------|-----------------|-----------|----------|---------------|
| 9999999991 | 〇〇事業所    | 通所介護    | あり              | 32        | 32       | 100           |
| 9999999992 | 〇〇事業所    | 通所介護    |                 | 75        | 69       | 92            |
|            |          |         |                 |           |          |               |
|            |          |         |                 |           |          |               |
|            |          |         |                 |           |          |               |
|            |          |         |                 |           |          |               |
|            |          |         |                 |           |          |               |
|            |          |         |                 |           |          |               |

※ 算定のための要件＝①評価対象者数が20人以上、②重度者割合(Y/X)が15%以上 の全てを満たしていること

- ・都道府県（保険者）番号…加算届出先の都道府県（保険者）番号
- ・都道府県（保険者）名…加算届出先の都道府県（保険者）名
- ・事業所番号…サービス提供事業所の指定介護（地域密着型）サービス事業所番号
- ・サービス事業所名…サービス提供事業所の名称
- ・サービス種類名…「通所介護」又は「地域密着型通所介護」
- ・ADL維持等加算（申出）の有無…「ADL維持等加算（申出）の有無」が「2:あり」の場合のみ「あり」と印字する
- ・評価対象者数(X)…評価対象期間（注1）に連続して6月以上利用した期間（注2）（評価対象利用期間）のある要介護者（注3）の数  
注1：加算を算定する年度の初日の属する年の前年の1月から12月までの期間。  
注2：複数ある場合には最初の月が最も早いもの。  
注3：評価対象利用期間中、5時間以上の通所介護費の算定回数が5時間未満の通所介護費の算定回数を上回るものに限る。
- ・重度者総数(Y)…評価対象者数(X)のうち、評価対象利用期間の最初の月（評価対象利用開始月）において、要介護度が3、4及び5である者の数
- ・重度者割合(Y/X) [%]…重度者総数(Y)÷評価対象者数(X)×100（小数点以下切り上げ）